

## 1. INTRODUÇÃO

*O homem não pode viver no meio das coisas sem formar ideias a partir das quais regula o seu comportamento.*

Émile Durkheim (citado por Nápoles, 2002, p.9)

A presente dissertação, intitulada *O Conhecimento e a Atitude Face à Saúde Sexual e Reprodutiva: Um Estudo Correlacional em Estudantes Universitários*, integra-se nas actividades desenvolvidas no curso de Mestrado em Educação, na especialidade de Formação Pessoal e Social, do Departamento de Educação, da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, tendo sido elaborada no ano lectivo de 2007/2008. Apresenta uma investigação centrada na compreensão de diversos factores que podem influenciar a predisposição pessoal para a adopção de comportamentos sexualmente saudáveis em estudantes universitários.

Nos últimos anos muitos investigadores têm estudado a situação, particular, dos jovens e adolescentes na vivência da sua sexualidade. Várias áreas do conhecimento tais como, a psicologia, a sociologia, a antropologia, a história, as ciências biomédicas e as ciências da educação, têm fornecido contributos importantes para a clarificação desta situação. As alterações atitudinais e comportamentais, no domínio da sexualidade juvenil, têm ocorrido de forma relativamente rápida, tornando obsoletas concepções que eram validadas até há pouco tempo (López & Oroz, 1999). Por exemplo, actualmente a idade da primeira relação sexual, nos rapazes e nas raparigas, não é coincidente com o que se

passava há 20 anos atrás, evidenciando uma tendência de descida (Nodin, 2001a; Matos, *et al.*, 2003). Outro aspecto que tem sofrido modificações, ao longo dos últimos anos, diz respeito ao nível de conhecimentos que os jovens revelam sobre assuntos relacionados com a saúde sexual e reprodutiva (Svenson, Carmel, & Varnhagen, 1997; Freitas, 2002). Igualmente, os diversos valores que actualmente influenciam o comportamento também não são os mesmos que os verificados há uns anos atrás (López & Oroz, 1999). Não obstante, é consensual na comunidade científica que a idade juvenil constitui um período particularmente vulnerável na vivência de uma sexualidade e responsável, escondendo vários perigos e armadilhas que importam desmontar através de um processo educativo mais ou menos estruturado (Frade, Marques, Alverca & Vilar 2001; Grupo de Trabalho de Educação Sexual, 2005). Por essa razão, a educação para a saúde sexual e reprodutiva assume-se como um recurso fundamental na prevenção de problemas potenciais recorrentes e emergentes. Neste contexto, alguns professores interessados nesta problemática podem tornar-se actores privilegiados, tanto no campo da intervenção, como da investigação em educação para a saúde sexual e reprodutiva, o que acarreta a responsabilidade de construção de um quadro de referência específico que seja orientador da reflexão e da acção.

Esta problemática motivou-nos de uma forma especial por várias razões. Em primeiro lugar, porque a frequência na disciplina de Educação Sexual, integrada no plano curricular do curso de Mestrado, sensibilizou-nos para as implicações pessoais e sociais da perda de saúde sexual e reprodutiva. Em segundo lugar, porque é um desafio para a comunidade educativa encontrar recursos e estratégias promotoras da educação sexual nos diversos espaços educativos que sejam actuais e motivadores. A utilização crescente de tecnologias de informação e comunicação desempenham, cada vez mais, um papel privilegiado na implementação de abordagens inovadoras e apelativas. Em terceiro lugar, porque a sexualidade é, para todos os efeitos, uma importante matriz do desenvolvimento pessoal e social, sem a qual o ser humano dificilmente se realiza plenamente, tornando-se, por isso, num tema pertinente no domínio da investigação em Formação Pessoal e Social.

Avançamos para a concretização desta dissertação com o objectivo geral de conhecer a situação de estudantes de duas instituições de ensino superior de Lisboa, no

que diz respeito ao seu nível de conhecimento em saúde sexual e reprodutiva, descrevendo o modo como esta, e outras variáveis biológicas, psicológicas e sociais, se relacionam na formação de atitudes positivas, favoráveis à adopção de comportamentos sexualmente saudáveis. Inerente à metodologia do processo científico, definimos como um objectivo específico, a construção e adaptação de instrumentos válidos e fiáveis para o estudo desta população estudantil, concretamente, uma Escala de Atitudes Face à Saúde Sexual e Reprodutiva (EAFSSR) e um Teste de Conhecimentos sobre factos e conceitos fundamentais de saúde sexual e reprodutiva. Esta dissertação tem também subjacente um objectivo específico de natureza conceptual, que consiste em reflectir sobre a pertinência da implementação de programas de promoção e educação para a saúde sexual em meio universitário, que satisfaçam a dupla necessidade de auxiliar tanto a formação pessoal como a formação profissional destes estudantes. Nesta sequência, desenvolvemos um estudo de natureza correlacional, envolvendo duas instituições universitárias públicas a quem pedimos previamente autorização formal, nomeadamente, a Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa (FCUL) e a Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende (ESEMFR). A escolha destas instituições teve por base critérios de investigação e critérios de conveniência. Por um lado, face ao objectivo de investigação definido, procurámos estudar três áreas científicas distintas em relação a conteúdos relacionados com saúde sexual e reprodutiva. Foram seleccionadas as licenciaturas de Enfermagem, Biologia e Engenharia Informática. Por outro lado, o facto de termos estudado nestas duas instituições colocou-nos numa posição privilegiada de acesso ao campo de investigação.

A dissertação está estruturada segundo cinco capítulos, assim ordenados: introdução, enquadramento teórico, metodologia, resultados, discussão e considerações finais. No primeiro capítulo explicitamos a problemática de investigação, começando por apresentar o tema e as questões a partir das quais emergiram as variáveis e hipóteses deste estudo. Segue-se uma breve reflexão sobre a pertinência desta temática, no contexto da investigação actual e suas possíveis implicações na educação. Inserido no segundo capítulo desenvolve-se o enquadramento teórico onde nos propusemos clarificar, à luz de diversos quadros de referência actuais, os conceitos fundamentais estruturadores da investigação, nomeadamente, o de sexualidade, de saúde e promoção de saúde, de

educação sexual, de comportamentos sexuais de risco e do conhecimento como determinante dos comportamentos de saúde. No ponto cinco deste capítulo, fazemos referência a várias investigações, nacionais e internacionais, produzidas nos últimos anos sobre esta problemática. No terceiro capítulo explicitamos criticamente os pressupostos metodológicos fundadores desta investigação. Descrevemos os instrumentos utilizados, os resultados da pré-testagem, para finalmente reflectirmos sobre as questões relacionadas com a constituição da amostra e a recolha e tratamento dos dados. O capítulo quatro diz respeito à apresentação dos resultados. Estes estão enunciados segundo uma lógica descritiva e comparativa. Num primeiro momento, apresentamos os resultados globais resultantes do tratamento descritivo, ilustrando-os com gráficos e quadros de síntese que facilitam a leitura e interpretação para, num segundo momento, realizarmos as comparações em função do género e da área científica do curso dos participantes. Na segunda secção deste capítulo apresentamos os resultados da inferência estatística realizada na testagem das hipóteses formuladas. No capítulo da discussão e considerações finais, expomos, sinteticamente, os principais resultados obtidos nesta investigação, discutindo-os, à luz dos quadros de referência consultados e de outras investigações semelhantes. Nas considerações finais reflectimos sobre as possíveis implicações dos resultados no processo educativo dos jovens estudantes universitários, tendo em vista o seu desenvolvimento e formação profissional e pessoal.

### **1.1. Problemática de Investigação**

Na actualidade as atitudes dos jovens ocidentais em relação às suas manifestações sexuais tendem, cada vez mais, a ser liberais e erotofílicas em oposição às atitudes conservadoras e erotofóbicas típicas de um passado recente (López & Oroz, 1999). Neste contexto, os jovens actualmente parecem ser mais tolerantes em relação a temas controversos como, por exemplo, a utilização de métodos contraceptivos, as relações sexuais pré-matrimoniais e a existência de diferentes formas de expressão da sexualidade. Contudo, apesar dos benefícios inerentes à vida em sociedades com maior permissividade sexual, que é uma característica das sociedades democráticas, este contexto político-social pode facilitar a emergência e dominância de valores, princípios e condutas, nem

sempre promotores da saúde sexual e reprodutiva (Nunes, 1987; Foucault, 1994; López & Oroz, 1999; Brandão, 2007). A sexualidade é fonte de prazer e de satisfação, mas o primado do princípio do prazer sobre o princípio da realidade pode, por vezes, deturpar o processo de tomada de decisão, livre e consciente, baseado em valores e práticas promotoras da saúde individual e colectiva. O exemplo seguinte, referido por López & Oroz (1999), ilustra um pouco esta ideia. Quando questionados, muitos jovens consideram que as relações amorosas devem basear-se em afectos como o amor ou em valores como o respeito e a fidelidade. Porém, é frequente os jovens deixarem-se influenciar pelo princípio (necessidade) do prazer imediato, levando-os à adopção de práticas sexuais de risco. López & Oroz (1999) sugerem que o que está em causa neste caso é uma mudança de três componentes das atitudes face à sexualidade, ou seja, o pensamento, os afectos e a acção. Esta mudança atitudinal surge como resposta às alterações do contexto social envolvente que, na sociedade ocidental, facilita a exposição a diferentes formas de estimulação e prazer onde tudo é mais ou menos permitido ou aceite (López & Oroz, 1999).

Tanto em Portugal como no estrangeiro muitos estudos têm incidido nas atitudes dos jovens em relação a determinados comportamentos considerados de risco como, por exemplo, a utilização inconsistente do preservativo (Cruz, *et al.*, 1996 e 1997; Monteiro, 2006). Outras pesquisas focalizam-se na clarificação dos valores, conhecimentos e atitudes dos jovens face à sexualidade (Miguel & Vilar, 1987; Alferes, 1996; Pais, 1996). Alguns projectos mais abrangentes procuram caracterizar os jovens em relação a diversos factores incluindo a saúde sexual e reprodutiva (Cabral & Pais, 1997 e 2003; Matos, Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde, 2003). Todavia, é relativamente recorrente os investigadores alertarem para a carência de trabalhos que caracterizem melhor os jovens portugueses no que diz respeito aos seus valores, atitudes e comportamentos, face à protecção e promoção da saúde (Marques & Prazeres, 2000; Frade, Marques, Alverca & Vilar, 2001; Grupo de Trabalho de Educação Sexual, 2005). É este o contexto geral da presente investigação que se centrou na relação existente entre o *nível de conhecimentos em saúde sexual e reprodutiva* (NCSSR) e a *atitude face à saúde sexual e reprodutiva* (AFSSR) no contexto particular de jovens adultos estudantes universitários. Associadas a estas facetas cognitivas e atitudinais, quisemos estudar outros factores que as possam

influenciar, nomeadamente: o contexto familiar, que inclui o ambiente familiar para o diálogo sobre sexualidade e o estatuto socioeconómico da família; os valores com que os estudantes mais se identificam; a experiência anterior de participação em acções de educação sexual; e as questões associadas ao género.

### ***1.1.1. Problema***

A sexualidade é uma fonte de humanização e de felicidade. É uma força potenciadora do crescimento e do desenvolvimento humano, capaz de induzir a formação de concepções, conhecimentos, crenças, valores, sentimentos e atitudes, de modo a que cada um viva de forma exclusiva a sua própria sexualidade (Masters, Johnson, & Kolodny, 1987). Contudo, por ser estruturante do processo de formação pessoal e social, a sexualidade pode e deve ser educada (Marques & Prazeres, 2000; Frade, Marques, Alverca & Vilar 2001; Grupo de Trabalho de Educação Sexual, 2005). A educação da sexualidade é pois um fenómeno inevitável que se inicia muito cedo, primariamente junto da família, prolongando-se secundariamente na escola (Nápoles, 2002). A descoberta de si próprio e dos outros como ser sexual processa-se ao longo da infância e da adolescência ganhando uma nova dimensão nos jovens adultos. O jovem adulto é maior de idade e pode (ou não) gozar de autonomia e estatuto social, condições que lhe possibilitam a exploração da sexualidade de uma forma até então difícil, ou seja, o jovem adulto torna-se genitalmente activo (Nodin, 2001a).

Vários estudos demonstram que em Portugal e à semelhança do que se passa noutros países, a idade média do início da primeira relação sexual tem descido (Nodin, 2001a; Matos, *et al.*, 2003; Matos, Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde, 2003; Monteiro, 2006) o que torna cada vez mais frequente o início precoce da actividade sexual genital. Segundo Matos, *et al.*, (2003) nos rapazes situa-se entre os 13, 14 anos e nas raparigas entre os 15, 16 anos. Início precoce significa não estar preparado para assumir as responsabilidades das suas acções e para além disso, essa precocidade pode acarretar riscos potenciais para a saúde. Neste contexto, diversos autores concordam (Roque, 2001; Nodin, 2001a; Matos, *et al.*, 2003; López & Oroz, 1999; Papalia, Olds & Feldman, 2000; Cerwonka, Isbell & Hansen, 2000) que os jovens são, actualmente, um

grupo particularmente vulnerável no quadro da saúde sexual e reprodutiva. Frequentemente manifestam padrões de actividade sexual de risco tais como: o uso inconsistente do preservativo; ter relações amorosas de curta duração, o que induz a prática de relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros; e a associação crescente de álcool e drogas com as práticas sexuais. A estes factores comportamentais vêm juntar-se outros de natureza social, económica, cultural e psicológica, que resultam, no seu conjunto, no aumento da vulnerabilidade deste grupo.

Em dois inquéritos recentes de âmbito nacional promovidos pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, foi possível observar défices significativos no nível de conhecimentos sobre a saúde sexual e reprodutiva, especialmente em relação aos métodos contraceptivos e às IST's (à excepção do VIH/SIDA), tanto na população entre os 16 e os 65 anos (Cabral, *et al.*, 2008), como na população adolescente (Vilar & Ferreira, 2008). Segundo Vilar & Ferreira (2008) os dados obtidos sugerem que a educação sexual não só tende a atrasar o início da relação sexual, como também está associada à maior procura de informação e pedido de ajuda. Face a esta realidade, os investigadores sublinham a importância da implementação de programas de educação sexual, no Sistema Educativo, que sejam simultaneamente promotores do desenvolvimento bio-psico-social saudável e da adopção de escolhas favoráveis à saúde individual e colectiva.

Frequentemente, o *conhecimento* e a *percepção da vulnerabilidade* são apontados como pré-requisitos fundamentais à adopção de comportamentos saudáveis (Bennett & Murphy, 1999; Lemos, 2001; Ricou, *et al.*, 2004). É à luz desta concepção que, no âmbito da saúde, os agentes educativos procuram aumentar a consciência individual sobre os riscos resultantes da prática de determinados comportamentos perigosos. Não obstante, em saúde, os processos de mudança de comportamento são difíceis de explicar e de concretizar, como também, não é linear que o conhecimento só por si promova essas mudanças (Ricou, *et al.*, 2004). A esta dificuldade acresce o facto dos aspectos referentes à sexualidade e à reprodução humana estarem repletos de mitos, crenças e preconceitos, que acabam por modelar e afectar a interpretação e as vivências quotidianas (Teixeira 2002).

Do ponto de vista filosófico o conhecimento consiste numa forma de entendimento que representa o acto de conhecer, implicitamente contido na coisa conhecida. Desde Platão, é caracterizado como uma crença justificada, mas é difícil definir o que significa conhecer, por tratar-se de um estado cognitivo complexo onde concorrem múltiplas dimensões, tais como, percepções, emoções, memórias, experiências (Soares, 2004). Nesta lógica enunciamos o seguinte problema: **que relação existe entre o nível de conhecimento em saúde sexual e reprodutiva e a atitude face à saúde sexual e reprodutiva em estudantes universitários?**

Selecionamos estudantes universitários de três áreas científicas distintas, saúde, biologia e engenharia, com um percurso curricular sobre temas relacionados com a saúde sexual e reprodutiva variável. A população do estudo consistiu nos estudantes inscritos nas licenciaturas de Enfermagem, Biologia e Engenharia Informática, na ESEMFR e na FCUL respectivamente. A escolha destas licenciaturas fez-se de acordo com o pressuposto de ser possível estabelecer um gradiente (que não foi medido nem qualificado), entre estes cursos em relação à abordagem de temas relacionados com a sexualidade e com a saúde sexual e reprodutiva.

Definimos várias questões de investigação com o objectivo de operacionalizar o problema central enunciado. A formulação dessas questões fez-se de acordo com diferentes variáveis referidas em estudos deste domínio, nomeadamente: o género, a área científica do curso, a frequência de utilização de fontes de informação sexual, valores em sexualidade, a autopercepção da vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), o ambiente familiar para o diálogo sobre sexualidade, o estatuto socioeconómico familiar, o nível de instrução dos pais, o viver fora do agregado familiar habitual em tempo de aulas, a experiência anterior de participação em acções de educação sexual e a idade. As questões de investigação resultantes foram as seguintes:

- Como varia o NCSSR e a AFSSR nas três áreas científicas estudadas?
- Como varia o NCSSR e a AFSSR nos dois géneros?
- Que relação existe entre o NCSSR, a AFSSR e a autopercepção da vulnerabilidade às IST's?
- Que relação existe entre o ambiente familiar para o diálogo sobre sexualidade com o NCSSR, a AFSSR e a autopercepção de vulnerabilidade às IST's?



- Que relação existe entre o estatuto socioeconómico familiar com o NCSSR, a AFSSR e a autopercepção de vulnerabilidade às IST's?
- Que relação existe entre o viver fora do agregado familiar em tempo de aulas, o NCSSR, a AFSSR e a autopercepção de vulnerabilidade às IST's?
- Que relação existe entre a participação anterior em acções de educação sexual e o NCSSR, a AFSSR e a autopercepção de vulnerabilidade às IST's?
- Como varia o NCSSR, a AFSSR e a autopercepção de vulnerabilidade às IST's com a idade?

### ***1.1.2. Natureza do Estudo***

De acordo com Quivy & Campenhoudt (1998) a investigação científica é um processo que permite resolver problemas conducentes ao conhecimento do mundo real em que vivemos. Assim, qualquer investigação científica tem a particularidade de perseguir essa clarificação da realidade, de uma forma estruturada, ordenada e sistemática, com o objectivo de descrever, explicar e prever factos e acontecimentos ou fenómenos. O presente estudo incidiu na clarificação da relação existente entre o conhecimento e as atitudes face à saúde sexual e reprodutiva de jovens estudantes universitários. Examinámos especificamente o modo como algumas variáveis, definidas previamente com base na literatura, se relacionam entre si de forma a influenciar a predisposição pessoal para a adopção de comportamentos sexualmente saudáveis.

A natureza do problema e das questões de investigação enunciadas pressupõe um estudo correlacional. O propósito da investigação correlacional consiste em verificar se existe ou não relação entre duas ou mais variáveis (Hill & Hill, 2005; Tuckman, 2000; Fortin, 1999; Carmo & Ferreira, 1998). Contudo, a investigação correlacional apenas estabelece que há uma relação entre duas variáveis mas não estabelece uma relação causa-efeito entre as mesmas, sendo que essa determinação pode ser feita por estudos experimentais. No quadro da investigação em educação tanto os estudos correlacionais como os experimentais, pertencem à tradição positivista que se caracteriza por ser dedutiva, envolvendo a identificação prévia de variáveis e o estabelecimento de possíveis

relações entre elas, ou seja, a formulação de hipóteses (Cohen, Manion & Moorrison, 2000).

### ***1.1.3. Variáveis***

As variáveis definidas neste estudo emergiram das questões de investigação formuladas e da literatura consultada. A variável preditora *nível de conhecimento em saúde sexual e reprodutiva* (NCSSR) é medida numa escala intervalar e surge directamente do problema de investigação formulado. Exprime o nível de conhecimento dos participantes em relação a quatro áreas temáticas, concretamente: IST's; comportamentos sexuais de risco; métodos contraceptivos; e aspectos psicossociais da sexualidade humana. Estas áreas temáticas foram escolhidas e clarificadas com base em leituras realizadas (Almeida, 1987; Oliveira, 1992; Cruz & Vilaça, 1996; Cruz, *et al.*, 1997; Freitas, 2002; Matos, *et al.*, 2003; Monteiro, 2006; Souza, *et al.*, 1997; Nemcic, *et al.*, 2005; Moser, Reggiani & Urbanetz, 2007).

A *atitude face à saúde sexual e reprodutiva* (AFSSR) é outra variável que emerge directamente da questão central, sendo medida numa escala intervalar. Nesta situação trata-se de uma variável criterial e consiste numa sentença que expressa um determinado ponto de vista em que a pessoa acredita, podendo ser traduzida, numa preferência, num julgamento, numa emoção ou numa determinada posição em relação a diferentes aspectos da saúde sexual e reprodutiva. Com base em Nemcic, *et al.* (2005) foram definidas as seguintes três áreas específicas: cuidados pessoais, princípios do comportamento sexual e sexo seguro. Oppenheim (1992) refere que as atitudes são reforçadas pelas crenças (componente cognitiva) pelas emoções (componente emocional) e pelo sistema de valores da pessoa (componente moral), podem, por isso, conduzir a uma intenção comportamental. Por esta razão, as atitudes são importantes indicadores da predisposição pessoal para a adopção de comportamentos sexuais saudáveis.

A *autopercepção da vulnerabilidade às IST's* é medida numa escala ordinal. Corresponde à análise que o sujeito faz ao seu próprio comportamento, tendo por base os conhecimentos e atitudes (conscientes ou inconscientes) que tem sobre essa problemática. Trata-se, assim, de uma avaliação pessoal sobre o nível de risco que julga possuir face ao

comportamento que adopta. Esta variável é um conceito fundamental do *modelo de crenças de saúde* proposto por Rosenstock, Strecher & Becker (1988). De acordo com estes autores as pessoas tendem, mais facilmente, a praticar sexo seguro (utilizando consistentemente o preservativo) quanto maior for a sua percepção de vulnerabilidade, a crença na gravidade dos problemas que surgem em resultado de comportamentos perniciosos e a crença nos benefícios da prática de comportamentos saudáveis.

Com a variável *valores em sexualidade*, pretendemos quantificar os valores com os quais os participantes mais se identificam na vivência da sua sexualidade, sendo medida numa escala nominal. O levantamento desses valores foi realizado com base na literatura (Alberoni, 2007; Silva, 2006; Nodin, 2001a; Marques & Prazeres, 2000; López & Oroz, 1999; Foucault, 1994). Seleccionamos os valores seguintes: respeito, prazer, fidelidade, liberdade, amor, desprendimento, temperança. Associamos a esta lista uma série de termos, tais como, informação, protecção da saúde, diálogo aberto, prevenção da gravidez, sexo impessoal, boniteza e auto-estima, que não são valores no verdadeiro sentido mas expressam princípios importantes no domínio da sexualidade. Algumas destas expressões foram identificadas nas respostas obtidas no estudo piloto em que se colocou uma questão aberta a este respeito. De forma a reduzir a subjectividade interpretativa todos os termos foram apresentados com a respectiva definição, solicitando-se aos participantes a selecção dos três mais importantes.

O *estatuto socioeconómico familiar* é medido numa escala ordinal pela Escala de Graffar. Inclui a análise de quatro parâmetros: nível de instrução dos pais; rendimento familiar; tipo de profissão dos pais; tipo de habitação familiar. O *score* varia entre 4 e 20. O *nível de instrução dos pais* é medido numa escala nominal: é um item da Escala de Graffar. Refere o nível de instrução do elemento da família que auferir maior salário. A investigação sugere que existe evidência científica de que as condições socioeconómicas podem afectar, tanto positiva como negativamente, o funcionamento adaptativo da família, influenciando os seus membros em relação à saúde sexual e reprodutiva (Peres, *et al.*, 2008). Numa perspectiva global de saúde e de acordo com Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal (2007), ao estatuto socioeconómico mais baixo encontram-se associados outros factores, tais como, níveis baixos de educação dos pais, desemprego dos pais (ou de um

dos pais), habitação em bairros de zonas urbanas carenciadas, agregado familiar numeroso e pertença a uma minoria étnica.

O *ambiente familiar no diálogo sobre sexualidade*, foi medido numa escala ordinal, através da apreciação que os participantes fazem sobre a *qualidade do diálogo familiar* e o *nível de abertura para o diálogo na família*. É inquestionável o papel da família no processo de educação das crianças, em especial da educação sexual. Contudo, fruto das profundas mudanças sociais operadas nos últimos anos, o papel da família neste processo está a mudar (Peres, *et al.*, 2008; Grupo de Trabalho de Educação Sexual, 2005). Alguns trabalhos sugerem que as famílias mais abertas e com melhor qualidade de diálogo, apresentam uma melhor qualidade da educação sexual, estimulando os jovens para comportamentos saudáveis (Sieverding, Adler, Witt & Ellen, 2005).

*Viver fora do agregado familiar* é uma variável medida numa escala nominal, que verifica a circunstância de viver fora, ou não, do agregado familiar em tempo de aulas. Moser, Reggiani & Urbanetz (2007) observaram que os estudantes que viviam fora do agregado familiar habitual apresentavam maior tendência para a adopção de comportamentos sexuais de risco, quando comparados com os colegas que permaneciam no seio familiar.

A *participação em acções de educação sexual* foi medida numa escala nominal com resposta do tipo sim/não, em relação à participação em actividades, tais como, aulas, seminários, congressos, sessões de esclarecimento, acções de formação.

As *fontes de informação sexual*, é uma variável medida em duas escalas ordinais. A primeira corresponde a uma Escala de Frequência e a segunda, uma Escala de Importância. Segundo a literatura consultada (Cruz, *et al.*, 1997; Matos, *et al.*, 2003; Moser, Reggiani & Urbanetz, 2007) as fontes mais utilizadas pelos jovens são as seguintes: pais; outros familiares; imprensa escrita e/ou televisão; companheiro(a) e/ou parceiro sexual; colegas e/ou amigos(as); linha de informação e/ou telefone de ajuda; *Internet*; professores; profissionais de saúde; padre e/ou grupo religioso; livros especializados. Queremos conhecer qual o perfil de valorização e frequência de utilização, destas fontes citadas, entre os jovens universitários.

O *género*, medido numa escala nominal, selecciona, masculino, feminino. Os padrões comportamentais dos dois géneros, no que se refere à vivência da sexualidade

não é homogéneo em resultado das múltiplas interacções ambientais (Masters, Johnson, & Kolodny, 1987; Alferes, 1997; Nodin, 2001a; Ramos, Carvalho & Leal, 2005).

A *área científica do curso*, medida numa escala nominal, inclui as licenciaturas de Enfermagem (área da saúde), Biologia (área das ciências naturais), Engenharia Informática (área das ciências exactas). Escolhemos estas áreas científicas porque possuem uma diferenciação quanto à abordagem curricular no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, sendo de esperar que os alunos de Enfermagem possuam um NCSSR mais elevado do que os alunos de Biologia e Engenharia Informática.

A *idade*, medida numa escala de razão.

#### ***1.1.4. Hipóteses***

De modo a facilitar o processo de interpretação e análise dos dados, optámos por agrupar as diversas hipóteses em oito categorias de análise, tais como: relação entre NCSSR e AFSSR; relação entre género, NCSSR e AFSSR; relação entre autopercepção da vulnerabilidade, NCSSR e AFSSR; ambiente familiar no diálogo sobre sexualidade; estatuto socioeconómico familiar; viver fora do agregado familiar; participação em acções de educação sexual; relação entre a idade, o NCSSR e a AFSSR. Estas categorias foram criadas com base nas variáveis previamente definidas. Cada categoria corresponde a hipóteses que ilustram as possíveis relações entre as variáveis ou diferenças significativas nas suas médias. Cada hipótese referida tem implícita a hipótese nula que não foi formulada por traduzir sempre a mesma tendência, isto é, refere-se à hipótese da igualdade entre as médias ou a uma correlação igual a zero.

#### **Relação Entre NCSSR e AFSSR**

*Hipótese 1.* Existe uma relação entre o nível de conhecimentos em saúde sexual e reprodutiva (NCSSR) e a atitude face à saúde sexual e reprodutiva (AFSSR).

*Hipótese 2.* Existem diferenças no NCSSR entre estudantes do curso de saúde e os seus colegas de outras áreas científicas.

*Hipótese 3.* Existem diferenças na AFSSR entre os estudantes do curso de saúde e os seus colegas dos cursos das outras áreas.

Estas hipóteses tem as suas raízes na *teoria da aprendizagem social* de Bandura (1978). Segundo esta teoria os indivíduos actuam para obterem o máximo de reforço e o mínimo de punição do ambiente, utilizando conhecimentos, crenças, concepções e valores, que aprendem pela observação dos outros. Os comportamentos adoptados são uma consequência dos pontos de vista do indivíduo, suas concepções, ideias, crenças, atitudes e conhecimentos que não são estáticos (Ogden, 2004). Desta forma, consideramos que um maior conhecimento no âmbito da sexualidade humana contribui para a formação de atitudes mais positivas em relação à saúde sexual e reprodutiva que, por sua vez, determina a adopção de comportamentos mais saudáveis.

### **Relação Entre Género, NCSSR e AFSSR**

*Hipótese 4.* Há uma diferença no NCSSR entre raparigas e rapazes.

*Hipótese 5.* Há uma diferença na AFSSR entre raparigas e rapazes.

*Hipótese 6.* Existe uma diferença no NCSSR entre as raparigas da área de saúde e os rapazes da mesma área científica.

*Hipótese 7.* Existe uma diferença na AFSSR entre as raparigas da área de saúde e os rapazes do mesmo curso.

Estas hipóteses baseiam-se na *teoria do duplo padrão de moral sexual* (Reiss, 1964, citado por Ramos, Carvalho & Leal, 2005). Vários autores referem que esta teoria é fundamental na explicação dos padrões comportamentais dos dois géneros (Masters, Johnson, & Kolodny, 1987; Alferes, 1997; Nodin, 2001a; Ramos, Carvalho & Leal, 2005). O pressuposto teórico subjacente afirma que nas sociedades tradicionais judaico-cristãs as raparigas passam por um processo de educação sexual informal mais repressivo, enquanto que, os rapazes, “beneficiam” de maior permissividade sexual, resultando daí diferenças atitudinais e comportamentais significativas. Julgamos que esta teorização pode ajudar a explicar alguns resultados, particularmente, em relação às diferenças entre os géneros que esperamos encontrar.

## **Relação Entre Autopercepção da Vulnerabilidade, NCSSR e AFSSR**

*Hipótese 8.* Existe uma relação entre a autopercepção da vulnerabilidade às IST's e o NCSSR.

*Hipótese 9.* Existe uma relação entre a autopercepção da vulnerabilidade às IST's e a AFSSR.

Estas hipóteses sustentam-se na *teoria do modelo das crenças de saúde* (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988). De acordo com esta teoria, consiste os comportamentos de saúde resultam de um conjunto de crenças centrais que os indivíduos possuem, podendo, por isso, ser preditoras da probabilidade de ocorrência de um determinado comportamento (Ogden, 2004). Essas crenças são desenvolvidas em função de vários parâmetros, sendo a percepção da vulnerabilidade à doença e a percepção da gravidade da doença os mais importantes. Se a literatura aponta para a existência de associação entre a percepção da vulnerabilidade e determinado comportamento, é interessante verificarmos, neste estudo, se existe relação entre a autopercepção da vulnerabilidade às IST's com a frequência de utilização de fontes de informação sexual, por essa razão formulámos nesta categoria de análise a hipótese seguinte.

*Hipótese 10.* Existe uma relação entre a autopercepção da vulnerabilidade às IST's e a frequência de utilização de fontes de informação sexual.

## **Ambiente Familiar no Diálogo Sobre Sexualidade**

*Hipótese 11.* Existe uma relação entre o diálogo familiar sobre sexualidade, o NCSSR e a AFSSR.

Muitos autores destacam a importância do meio familiar no processo de educação das crianças e em particular da educação sexual. Contudo, as mudanças sociais operadas nos últimos anos, têm colocado à família novos desafios para concretizar este objectivo (Peres, *et al.*, 2008; Grupo de Trabalho de Educação Sexual, 2005). Neste caso, estamos a considerar a percepção que os estudantes têm do seu ambiente familiar específico, tendo por base a avaliação realizada à abertura familiar para o diálogo e à qualidade desse mesmo diálogo. É de esperar que os ambientes familiares mais favoráveis ao diálogo,

tanto em termos quantitativos como qualitativos, promovam AFSSR mais positivas e NCSSR mais elevados.

*Hipótese 12.* Existe uma relação entre o diálogo familiar sobre sexualidade e a autopercepção de vulnerabilidade às IST's. É de esperar que as famílias mais abertas e com melhor qualidade de diálogo promovam uma educação sexual informal melhor orientada para os comportamentos saudáveis (Sieverding, Adler, Witt, & Ellen, 2005).

*Hipótese 13.* Existe uma relação entre o diálogo familiar sobre sexualidade e do estatuto socioeconómico da família. Com efeito, a investigação apresenta forte evidência que as condições socioeconómicas precárias afectem significativamente o funcionamento adaptativo da família, fragilizando os seus membros em relação à saúde sexual e reprodutiva (Peres, *et al.*, 2008). Desta forma, esperamos que os estudantes provenientes de famílias com estatutos socioeconómicos mais baixos, apresentem NCSSR mais baixos e AFSSR mais negativas.

*Hipótese 14.* Existe uma relação entre o ambiente familiar sobre sexualidade e a frequência de utilização de fontes de informação sexual. Pretendemos perceber se existe alguma relação porque, o ambiente familiar, tanto pode estimular como inibir a procura de informação sexual.

*Hipótese 15.* Existe uma relação entre o ambiente familiar sobre sexualidade e o nível de instrução dos pais. Moser, Reggiani & Urbanetz (2007) verificaram esta tendência. Com efeito, pretendemos verificar se o nível de instrução dos pais é um factor importante para o desenvolvimento de ambientes familiares mais abertos e com melhor qualidade no diálogo sobre sexualidade.

### **Estatuto Socioeconómico Familiar**

*Hipótese 16.* Existe uma relação entre o estatuto socioeconómico familiar com o NCSSR e a AFSSR.

*Hipótese 17.* Existe uma relação entre o estatuto socioeconómico familiar e a autopercepção de vulnerabilidade às IST's.

*Hipótese 18.* Existe uma relação entre o estatuto socioeconómico familiar e a frequência de utilização de fontes de informação sexual.



Estas hipóteses baseiam-se na concepção de que o estatuto socioeconómico pode ter um profundo impacto na saúde familiar e individual (Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2007). Associados ao estatuto socioeconómico, encontram-se diversos factores, tais como: nível baixo de educação dos pais, situação de desemprego dos pais (ou de um dos pais), qualidade da zona urbana onde está localizada a habitação, número de membros do agregado familiar e pertença a uma minoria étnica (Black & Krishnajumar, 1998; Chen, Matthews & Boyce, 2002). Sentimos necessidade em formular três hipóteses nesta categoria de análise porque esperamos encontrar correlações de sinais diferentes entre estas variáveis. É expectável que o estatuto socioeconómico familiar se correlacione positivamente com o NCSSR, a AFSSR e a frequência de utilização de fontes de informação sexual, mas negativamente com a autopercepção da vulnerabilidade.

### **Viver Fora do Agregado Familiar**

*Hipótese 19.* Existe uma diferença no NCSSR entre os estudantes que vivem fora do agregado familiar e os que vivem com a família.

*Hipótese 20.* Existe uma diferença na AFSSR entre os estudantes que vivem fora do agregado familiar e os que vivem com a família.

*Hipótese 21.* Existe uma diferença na autopercepção de vulnerabilidade às IST's entre os estudantes que vivem fora do seu agregado familiar e os que vivem na família.

Moser, Reggiani & Urbanetz (2007) verificaram que os estudantes que viviam fora do seu agregado familiar apresentaram maior probabilidade de ter comportamentos sexuais de risco.

### **Participação em Acções de Educação Sexual**

*Hipótese 22.* Existe uma diferença no NCSSR entre os estudantes que, no seu percurso, já participaram em acções de educação sexual e os que não participaram.

*Hipótese 23.* Existe uma diferença na AFSSR entre os estudantes que, no seu percurso, já participaram em acções de educação sexual e os que não participaram.

*Hipótese 24.* A autopercepção de vulnerabilidade às IST's é diferente nos estudantes que já participaram em acções de educação sexual.

*Hipótese 25.* Existe uma diferença na frequência de utilização de fontes de informação sexual entre os estudantes que, no seu percurso, já participaram em acções de educação sexual e os que não participaram.

Vários trabalhos de investigação demonstram as vantagens e ganhos para a saúde, resultantes da implementação de programas de educação sexual devidamente planeados (Boyer, Shaffer & Tschann, 1991; Kirby & Brown 1996; Lee & Yen 2007).

### **Relação Entre a Idade, o NCSSR e a AFSSR**

*Hipótese 26* – Existe uma relação entre a idade o NCSSR e a AFSSR.

*Hipótese 27.* Existe uma relação entre a idade e a autopercepção da vulnerabilidade às IST's.

Vários trabalhos dirigidos a adolescentes sugerem a existência de níveis de conhecimentos maiores em jovens mais velhos (Matos, *et al.*, 2003; Cruz, *et al.*, 1997). Queremos verificar se, com o aumento da idade e alegadamente da experiência, os jovens adquirem mais NCSSR e AFSSR. O sentido da relação entre a idade a autopercepção da vulnerabilidade não é previsível neste momento.

## **1.2. Justificação e Interesse do Estudo**

Presentemente, alguns autores abordam o “sexo” como mais um factor de risco para a saúde a acrescentar ao rol já existente como, por exemplo, a alimentação, o sedentarismo e o tabagismo. De acordo com Ogden (2004) os riscos para a saúde que podem ter origem na actividade sexual agrupam-se em dois tipos fundamentais: por um lado, a gravidez não desejada e em particular a gravidez não desejada na adolescência; por outro lado, o contágio pelas IST's, destacando-se o VIH /SIDA pela sua gravidade na saúde individual e pública e por tudo aquilo que esta doença representa em termos sociais. A gravidez não desejada em idades precoces e a contaminação microbiológica por via sexual, não são realidades hipotéticas nos jovens, neste contexto. Os dados estatísticos nacionais e internacionais apresentam números muito preocupantes.

Segundo o relatório do Centro de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis (CDEDT) (2008) referente à situação portuguesa em 2007, 84% das

pessoas contaminadas com o VIH/SIDA estão na faixa etária dos 20 aos 49 anos, e 28.4% estão da faixa etária dos 15 aos 29 anos. Em relação à gravidez não desejada em idades precoces, é necessário considerar as diversas facetas deste problema: a influência que tem no desenvolvimento pessoal e social, tanto da jovem mãe, como do bebé; e o aborto, com os dilemas e dramas que lhes estão associados.

Tanto em relação às IST's, como à gravidez não desejada, Portugal tende a manter taxas de incidência muito elevadas, quando comparado com outros países europeus. Barros & Correia (2002, citados em [www.netprof.pt](http://www.netprof.pt)) num estudo de âmbito nacional, revelam que uma em cada 200 jovens portuguesas entre os 15 e os 19 anos já abortou. O número de jovens que já passaram por uma interrupção voluntária da gravidez (IVG) é maior nas jovens de 19 anos, em que, uma em cada 50, admite já ter realizado um aborto. Este panorama negativo, segundo alguns especialistas, tem tendência a agravar-se nos próximos anos, sendo urgente tomar medidas adequadas para o contrariar, que passam, necessariamente, por um reforço da educação sexual.

A imparável propagação das IST's e o drama humano associado à gravidez não desejada (com ou sem IVG), fenómenos em crescimento junto da população juvenil, constituiriam os principais argumentos para a realização deste trabalho. Com efeito, podemos falar num primeiro nível de argumentos que designamos por “argumentos de saúde pública” que se referem a aspectos, predominantemente, de natureza epidemiológica e clínica. Porém, atendendo ao protagonismo atribuído à educação na resolução destes problemas, consideramos um segundo nível de argumentos, que designamos por “argumentos educacionais” que incluem elementos de natureza ética, cognitiva e comportamental. Obviamente que os argumentos educacionais estão intrinsecamente relacionados com os argumentos de saúde pública. A este propósito, serve este estudo para conhecer o nível de conhecimentos que os estudantes universitários possuem sobre saúde sexual e reprodutiva e se essa bagagem teórica está associada a alguma predisposição particular para a adopção de comportamentos sexualmente saudáveis. Os resultados do presente trabalho podem contribuir para o traçar de orientações para o desenvolvimento de programas de educação sexual adaptados à realidade desta população específica.

Uma das finalidades fundamentais da educação consiste em preparar os mais jovens para a vida e comunidade, segundo as exigências da sociedade (Nápoles, 2002). Neste sentido, a Escola e a Universidade surgem como um contexto adequado e necessário à socialização secundária das crianças e dos jovens, não só ao nível da sua capacitação técnica e científica, mas também, ao nível da transmissão de valores e atitudes promotores do desenvolvimento pessoal e social, orientado para o bem pessoal e comum. Observa-se actualmente que o Ensino Superior acolhe estudantes com necessidades básicas de formação, no âmbito do desenvolvimento pessoal e social, independentemente da área científica em que estejam matriculados, pelo que, as instituições de Ensino Superior não devem demarcar-se dessas necessidades. Esta dimensão está implicitamente prevista na Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE, Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro, com alterações introduzidas pela Lei n.º 115/97, de 19 de Setembro). A LBSE no seu Artigo 11.º refere que são objectivos do Ensino Superior e Politécnico,

- d) Promover a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos que constituem património da humanidade e comunicar o saber através do ensino, de publicações ou de outras formas de comunicação;
- e) Suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional e possibilitar a correspondente concretização, integrando os conhecimentos que vão sendo adquiridos numa estrutura intelectual sistematizadora do conhecimento de cada geração;
- f) Estimular o conhecimento dos problemas do mundo de hoje, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade;
- g) Continuar a formação cultural e profissional dos cidadãos pela promoção de formas adequadas de extensão cultural. (LBSE, 1986)

Em nosso entender estes objectivos não colidem com os objectivos definidos para os níveis de ensino precedentes, que são profundamente marcados pelo investimento na formação pessoal e social. No Ensino Superior, a abordagem à formação pessoal e social pode realizar-se privilegiando outras finalidades, tais como, a estimulação do espírito crítico, o aperfeiçoamento científico e tecnológico, a formação profissional, a estimulação da investigação científica. Não obstante, a Universidade é também um espaço de interacções sociais complexas, moduladas por uma “cultura” própria, frequentemente associada à “vida académica”. Nesta cultura específica do ambiente

universitário, por vezes, surgem situações de risco aos quais a consolidação de valores, conhecimentos e atitudes, garantem uma maior segurança e uma vivência mais saudável e responsável. O desafio da promoção da educação sexual neste nível de ensino reside, por um lado, na capacidade de articulação entre a formação profissional e a formação pessoal e social, e por outro lado, na capacidade de divulgar a sua mensagem nesse espaço cultural específico. Para desenvolver essas capacidades é necessário, previamente, conhecer a realidade dos estudantes do ensino superior em relação à sua vivência face à saúde sexual e reprodutiva. É nesta perspectiva que surge o presente trabalho.

### **1.3. Delimitação do Estudo**

Neste trabalho encontrámos limites de natureza conceptual, metodológica e ética que interagiram de forma integrada e indissociável, pelo que, a sua divisão nestas categorias cumpre apenas a finalidade de facilitar a exposição. Os limites éticos impuseram-se principalmente no trabalho de campo, dada a necessidade de contactarmos com um número significativo de pessoas, que partilharam connosco alguns dados pessoais da sua vida privada. A garantia da confidencialidade dos dados, voluntariedade da participação e autorização prévia do estabelecimento de ensino para a colheita de dados, foram condições essenciais sem os quais o trabalho de campo não seria aceitável.

A construção do questionário foi o momento onde os três limites supra citados se fizeram sentir de forma mais aguda. Por se abordar uma temática associada à sexualidade, o processo de formulação das questões esteve impregnado de limites éticos, metodológicos e conceptuais. Em primeiro lugar, as perguntas formuladas não podiam ferir susceptibilidades nem provocar, nos participantes, uma sensação de invasão da privacidade e intimidade, conduzindo-os à retracção ou às respostas “politicamente correctas” tal situação configurou, simultaneamente, um limite metodológico (porque queríamos obter as respostas mais sinceras) e ético (porque não queríamos invadir a privacidade). Em segundo lugar, num plano conceptual, confrontámo-nos com a dificuldade em encontrar um quadro de referência que servisse de base à construção do instrumento de recolha de dados, dada a complexidade que reveste a temática em torno da saúde sexual e reprodutiva.

Globalmente, um dos principais limites deste estudo está intrinsecamente associado à sua natureza quantitativa. Em Educação lidamos com fenómenos complexos onde um determinado estímulo poderá dar origem a diferentes respostas de acordo com os sujeitos. Existe quase sempre um grande número de variáveis relacionadas, cujo controlo é praticamente impossível e o processo de medição, que muitas vezes é indirecto, levanta os problemas de validade e fiabilidade dos instrumentos de medição (Carmo & Ferreira, 1998). A elevada complexidade teórica desta temática, não deixou de ser um limite sempre presente em todos os momentos da investigação.